

ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЮКС В ГЛУБОКИХ ВЕНАХ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Сушков С.А., Криштопов А.Л.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Основу контингента больных с нарушением венозного оттока в хирургических стационарах составляют пациенты с варикозной болезнью [1]. При этом клинические формы заболевания и характер нарушения венозной гемодинамики варьируют в широких пределах, что предполагает возможность выполнения в конкретном случае различных по объему и характеру операций. Радикальность последних определяется адекватным устранением патологических венозных рефлюксов и исключением из кровотока некомпетентных перфорантных и варикозно-измененных поверхностных вен. Подобный объем вмешательства является общепринятым в случае поражения поверхностной венозной сети, однако до сих пор остается дискуссионным вопрос о необходимости коррекции и собственно значении в патогенезе заболевания глубокого вертикального венозного рефлюкса [2, 3, 4, 5].

Цель. Изучить частоту встречаемости и распространенность вертикального рефлюкса в глубоких венах при варикозной болезни.

Материалы и методы. Для изучения характера макрогемодинамических нарушений в глубоких венах нижних конечностей проведен анализ результатов флебографического исследования у 694 больных варикозной болезнью. Среди обследованных женщин было 422 (60,81%), мужчин – 272 (39,19%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет, а длительность заболевания от 1 до 50 лет. Распределение больных по классам ХВН (СЕАР) была следующей: С 2 – 135 (19,45%); С 3 – 341 (49,14%); С 4 – 131 (18,88%); С 5 – 34 (4,89%); С 6 – 53 (7,64%).

Результаты и обсуждение. Патологический ретроградный кровоток был выявлен у 230 (54,50%) женщин и 175 (64,34%) мужчин. Причем у 194 (84,35%) женщин он был в бедренном сегменте, а у 122 (53,04%) в подколенном. У мужчин он выявлен в 156 (89,14%) случаях в бедренной вене, а у 91 (52%) в подколенной. Следует отметить, что ретроградный кровоток мог быть изолированным, определялся только в одном сегменте, или сочетанным – диагностировался в обоих сегментах. Так у женщин изолированный ретроградный кровоток в одном сегменте имелся в 144 (62,61%) случаях, а сочетанный в 86 (37,39%). У мужчин эти показатели были следующими – изолированный 103 (58,86%), сочетанный 72 (42,14%). Из 144 женщин, имеющих изолированный рефлюкс, у 108 (75%) он был выявлен в бедренном сегменте, у 36 (25%) в подколенном. Из 103 мужчин, имеющих изолированный рефлюкс, у 84 (81,55%) он был в бедренном сегменте, у 19 (18,45%) в подколенном. Следует обратить внимание, что частоты выявления изолированного и сочетанного ретроградного кровотока у женщин и мужчин существенно не отличаются. В то же время обращает на себя внимание, что изолированный рефлюкс у пациентов обоих полов значительно чаще выявляется в бедренном сегменте.

В бедренном сегменте у женщин превалировал ретроградный кровоток 1 и 2 степени, у мужчин прослеживалась та же, но не такая явная тенденция. В подколенном сегменте у пациентов обоих полов значительно чаще выявлялся ретроградный кровоток 1 степени. Распространенный ретроградный кровоток (3 степень) диагностирован у небольшого числа больных. При анализе частоты выявления разных степеней ретроградного кровотока при изолированном варианте недостаточности глубоких вен, была выявлена также тенденция. При сочетанном варианте недостаточности выявлялись разные комбинации степеней ретроградного кровотока в бедренной и подколенной венах. Наиболее часто у больных обоих полов встречались сочетания: бедренная вена (БВ) – 1 степень и подколенная вена (ПВ) – 1 степень; БВ – 2 степень, ПВ – 1 степень; БВ – 3 степень, ПВ – 2 степень, а у мужчин ещё БВ – 3 степень, ПВ – 1 степень.

Для выявления и определения характера возможных причинно-следственных связей нами был проведен корреляционный анализ с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена. В результате установлено, что между длительностью заболевания и степенью ретроградного кровотока в бедренном и подколенном сегментах у пациентов обоих полов имеется слабая прямая статистически значимая корреляционная связь (женщины: БВ – $R=0,16$, $p=0,026$; ПВ – $R=0,200$, $p=0,027$; мужчины БВ – $R=0,210$, $p=0,008$; ПВ – $R=0,310$, $p=0,003$).

Проведенный анализ показал, что имеется более выраженная (умеренная) прямая статистически значимая корреляционная связь между степенями ретроградного кровотока в бедренном и подколенном сегментах у больных с сочетанной недостаточностью глубоких вен (женщины – $R=0,399$, $p=0,0001$; мужчины – $R=0,435$, $p=0,0001$). Интересно, что у этой группы пациентов между длительностью заболевания и степенью ретроградного кровотока в подколенной вене также имеется более выраженная (умеренная) прямая статистически значимая корреляционная связь (женщины – $R=0,295$, $p=0,006$; мужчины – $R=0,399$, $p=0,0001$). Данный факт может свидетельствовать, что наличие ретроградного кровотока в проксимальном сегменте является одним из факторов способствующим развитию патологического вертикального рефлюкса в подколенной вене.

Если обобщить, результаты анализа, то можно утверждать, при возрастании длительности заболевания степень ретроградного кровотока увеличивается в обоих сегментах. Более того, по мере увеличения ретроградного рефлюкса в бедренном проксимальном сегменте происходит увеличение патологического ретроградного кровотока в подколенной вене.

Таким образом, проведенный нами анализ позволяет представить механизм развития недостаточности глубоких вен при варикозной болезни следующим образом. Она развивается в большинстве случаев по нисходящему типу. Первично поражается проксимальные отделы – бедренная вена. Постепенно степень патологического ретроградного кровотока увеличивается, что приводит к развитию недостаточности в дистальных отделах.

Выводы.

1. Для варикозной болезни характерно полисегментарное поражение венозной системы нижних конечностей с вовлечением в патологический процесс не только поверхностных, но и глубоких вен, что следует учитывать при планировании диагностической программы, выборе тактики лечения и объема оперативных вмешательств.

2. Механизм развития недостаточности глубоких вен при варикозной болезни представляется следующим образом. Она развивается в большинстве случаев по нисходящему типу, первично поражается проксимальные отделы – бедренная вена, постепенно степень патологического ретроградного кровотока увеличивается, что приводит к развитию недостаточности в дистальных отделах.

Литература:

1. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н.Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская – Мн.: Выш.шк., 2005. – 253 с.
2. Effect of external valvuloplasty of the deep vein in the treatment of chronic venous insufficiency of the lower extremity / S.M. Wang [et al.] // J Vasc Surg. – 2006. – Vol. 44, № 6. – P. 1296-1300.
3. External venous valve plasty (EVVP) in patients with primary chronic venous insufficiency (PCVI) / A. Rosales [et al.] // Eur. J Vasc Endovasc Surg. – 2006. – Vol. 32, № 5. – P. 570-576.
4. Влияет ли экстравазальная коррекция клапанов бедренной вены на течение варикозной болезни? / А.И.Кириенко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 39-44.
5. Роль клапанной недостаточности бедренной вены в течении и рецидивировании варикозной болезни нижних конечностей / А. В. Гавриленко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 61-66.